

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC ST EMILIE DE BLAIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC ST EMILIE DE BLAIN .  
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.  
 Une demande de remboursement doit être présentée :  
 -dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,  
 -sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.  
 Veuillez compléter les champs marqués \*

**Votre Nom** \* ..... 1

Nom/ Prénoms du débiteur

\* ..... 2

Numéro et nom de la rue

**Votre adresse** \* ..... 3

Code Postal

\* .....  
 Ville

\* ..... 4

Pays

**Les coordonnées de votre compte** \* ..... 5

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* ..... 6

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**Nom du créancier** \* OGEC ST EMILIE DE BLAIN ..... 7

Nom du créancier

\* FR54ZZZ481516 ..... 8

ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

\* 5 RUE DU CALVAIRE SAINT EMILIE ..... 9

Numéro et nom de la rue

\* 4 4 1 3 0 ..... 10

Code Postal

\* BLAIN

Ville

\* FRANCE ..... 11

Pays

**Type de paiement** \* **Paiement récurrent/répétitif**  ..... 12

**Paiement Ponctuel**

**Signé à** \* ..... 13

Lieu

Date: JJ/MM/AAAA

**Veuillez signer ici**

**Signature(s)**

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner par courrier à :  
 OGEC ST EMILIE DE BLAIN  
 5 rue du Calvaire SAINT EMILIE 44130 BLAIN

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier